

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

Стосовно впливу Тіворелю на показник першої похідної зубця Т, відзначили позитивний вплив на показник ВМШ в зоні ішемії з його позитивним спрямуванням ( $\Delta +0,97\%$ ). Отже, підвищення SDNN свідчить про вплив на зниження ризику несприятливих подій при СтСт, активації парасимпатичного контуру та механізмів саморегуляції. Результати власного дослідження вказують на позитивний вплив Тівортину на значення показника ВМШ в зоні ішемії, оскільки реєстрували його збільшення, що свідчить про відновлення ішемізованого міокарда. За прийому Тівортину відмітили зниження ВМШ у маркерному відведенні гіпертрофії V2, що свідчить про нормалізацію процесів деполяризації гіпертрофованого міокарда.

**Висновки.** Кардіоцитопротекція – перспективний терапевтичний напрямок лікування стабільної стенокардії в поєднанні з артеріальною гіпертензією. Тівортин оптимізує гемодинамічні показники, покращує якість життя, чинить позитивний вплив на показник диференційованої ЕКГ ВМШ в зоні ішемії та гіпертрофії, активує механізми саморегуляції, тому є ефективним додатком до терапії пацієнтів зі стабільною стенокардією в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

**Хомко О.Й.**

### **КВАНТОВА ТЕРАПІЯ**

#### **В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*Кафедра догляду за хворими та ВМО*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Лікування хворих із трофічними виразками нижніх кінцівок повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії (КвТ) належить провідна роль.

**Мета дослідження.** Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування трофічних виразок нижніх кінцівок.

**Матеріал і методи дослідження.** Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 28 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 24 пацієнти із аналогічними трофічними порушеннями.

Проведення 1-го курсу КвТ направлене на відновлення кровопостачання ураженої кінцівки, нормалізацію загального стану пацієнта. 1-й курс - магнітолазеротерапія: ПМП 75 мТл, довжина хвилі 0,89 мкм, ПП 4-8 Вт, 41-80 Гц. Поля впливу: підколінна ямка (експозиція 64 с.), пахвинна ділянка (експозиція 128 с.), зона проєкції печінки на передній поверхні грудної клітини (128 с.), зона зліва від пупка (64 с.). Починаючи з 5-ї процедури, додають вплив на ділянку трофічних порушень та виразок - сканування протягом 64 с. З 10-ї процедури вплив на ділянку виразки припиняють, а вплив на решту зон продовжується до 12-13 процедур. Після 3-4 тижневої перерви МЛТ продовжують.

Проведення 2-го курсу сприяє нормалізації мікроциркуляції та метаболізму в тканинах у ділянці виразки та трофічних порушень, стимуляції регенерації та епіталізації у виразковому дефекті шкіри. 2-й курс проводиться щоденно по тих самих полях, що й у першому курсі, але без магнітотерапії. На зону трофічних порушень та виразок вплив проводиться червоним світлом з довжиною хвилі 0,65 мкм, протягом 128 с. (сканування) впродовж всього курсу лікування (12 процедур). Параметри випромінювання: ПП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм).

Проведення 3-го та наступних курсів МЛТ закріпле отримані ефекти. 3-й курс КвТ проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

**Результати дослідження.** Терапевтичний ефект МЛТ підсилюється при проведенні лазерної рефлексотерапії по зонах базового рецепта (14 випромінювання з довжиною хвилі 1,3 мкм, потужністю 0,35 мВт, модульоване частотою 2 Гц) відразу після лазерної або магнітолазерної терапії. Повторення комплексу терапії доцільно через 6 міс. Позитивний

перебіг хвороби клінічної симптоматики досягнуто у 72% хворих, поліпшення - у 18 %, рецидиви протягом року відмічені у 10% хворих.

**Висновки.** КвТ доцільно включати в комплексне лікування посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок.

**Хребтій Г.І.**

## **ВПЛИВ РАНОЛАЗИНУ НА ПЕРИФЕРИЧНІ СУДИННІ РЕАКЦІЇ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Ендотеліальна дисфункція, спричинена обмеженням синтезу вазодилаторів ендотелієм судин в умовах підвищеної активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та підвищеною експресією вазоконстрикторів, зокрема ендотеліну-1, відіграє важливу роль в прогресуванні та розвитку ускладнень у хворих на хронічний коронарний синдром (ХКС).

**Мета дослідження.** Оцінити динаміку ендотеліальної функції судин при додатковому призначенні ранолазину у дозі 500 мг 2 рази на добу на тлі комбінованої антиішемічної та гіполіпідемічної терапії у хворих на хронічний коронарний синдром.

**Матеріал і методи дослідження.** В основу даної роботи покладено результати обстеження 108 осіб. Серед них 88 пацієнтів з ХКС, стабільною стенокардією напруження II ФК, ХСН 0-I стадії, віком від 60 до 88 років (середній вік склав (77,3+0,8) років). До групи контролю було включено 20 осіб віком від 62 до 88 років, в середньому (77,8+1,7) років.

Термін спостереження за хворими – 1 міс з моменту включення їх у дослідження. Залежно від характеру призначеного лікування всі обстежені хворі на ХКС були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи (n=50) увійшли пацієнти, яким на тлі антиішемічного (інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту – раміприл, бета адреноблокатор – бісопролол, нітрати (купування нападів) – ізосорбиду динітрат) та гіполіпідемічного лікування (аторвастатин) була призначена щоденна терапія ранолазиним у дозі 500 мг 2 рази на добу, до 2-ї (n=38) – хворі, яким призначали виключно стандартизоване антиішемічне (раміприл, бісопролол, ізосорбиду динітрат) та гіполіпідемічне (аторвастатин) лікування. Зміни діаметра плечової артерії оцінювали із застосуванням ультразвукового діагностичного сканера "LOGIQ 500", за допомогою лінійного датчика 7 МГц з фазованою решіткою ультразвукової системи. Ехо-локацію плечової артерії здійснювали в повздовжньому перерізі на 10–15 см вище правого ліктьового суглоба. Дослідження проводили в триплексному режимі (В-режим, кольорове доплерівське картування потоку, спектральний аналіз доплерівського зсуву частот). Функцію ендотелію, визначену як ендотелійзалежну вазодилатацію (ЕЗВД), оцінювали як відсоток збільшення діаметра судини – від вихідного до максимального впродовж гіперемії.

**Результати дослідження.** У хворих на ХКС ЕЗВД істотно покращувалась під впливом обох схем терапії ( $p < 0,0001$  у порівнянні з вихідним показником, розрахована за критерієм Вілкоксона). У групі хворих, котрі отримували стандартне антиішемічне та гіполіпідемічне лікування ЕЗВД змінилась з -2,1%, до лікування до +4,1% через 1 міс ( $p < 0,0001$ ). В пацієнтів з ХКС, до схеми лікування котрих входив щоденний прийом ранолазину (500 мг 2 рази на добу) ЕЗВД змінилась з -2,2% до лікування до +6,9% через 1 міс ( $p < 0,0001$ ). Через 1 міс ЕЗВД у виділених групах пацієнтів під впливом стандартної антиішемічної та гіполіпідемічної терапії збільшилась на 62,6%, порівняно з вихідними показниками; а при додатковому щоденному прийомі ранолазину у дозі 500 мг 2 рази на добу – на 89,1% ( $p = 0,036$  між групами, порівняння проводили за допомогою критерію Манна-Уїтні). Проведене дослідження також продемонструвало, що у хворих з ХКС величина зміни швидкості кровотоку в плечовій артерії через 1 міс стандартної терапії збільшилась на 20,9%, а при додатковому призначенні ранолазину у дозі 500 мг 2 рази на добу – на 31,7% ( $p = 0,035$ ).